CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، ترجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	FIRDOUSE SANTH MOHAMMED			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	05-Jan-1999	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	GIGG-F8E2-C2CF-8CDE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS - SRN WN

CASE INFORMATION نوع الحالة : ☐ **ACUTE** حادة ☐ **CHRONIC** مزمنة ☐ **PRE-EXISTING** موجودة مسبقا ☐ **INJURY** إصابة

DIAGNOSIS التشخيص : M54.5 - Low back pain, N13.2 - Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
pc: low back pain 2 days back flank pain 1 month

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : AHSAN HUSSAIN

HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS نوع الستشارة : ○ **New** جديد ○ **Follow Up** المتابعة **CONSULTATION FEES :** رسوم الستشارة *Enter CONSULTATION FEE*

Dr. Ahsan Hussain
General Practitioner
DHA No: 87543658-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP **DATE:** 23/11/2024

توقيع و ختم الطبيب **التاريخ**

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد